

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

134

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Février 1891, à 1 heure

PAR MICHEL ROUAIROUX,

Né à Homps (Aude), le 1^{er} Octobre 1864.

DE LA RHINOTOMIE MÉDIANE

COMME OPÉRATION PRÉLIMINAIRE

POUR ALLER A LA RECHERCHE DES TUMEURS SIÉGEANT DANS LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

Président : M. LE FORT, Professeur.

Juges : MM.

}	BALL, Professeur.
	BALLET et QUENU, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1891

101

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

134

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Février 1891, à 1 heure

PAR MICHEL ROUAIROUX,

Né à Homps (Aude), le 1^{er} Octobre 1864.

DE LA RHINOTOMIE MÉDIANE

COMME OPÉRATION PRÉLIMINAIRE

POUR ALLER A LA RECHERCHE DES TUMEURS SIÉGEANT DANS LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

Président : M. LE FORT, Professeur.

*Juges : MM. { BALL, Professeur.
 { BALLET et QUENU, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1891

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen M.	
	Professeurs	
Anatomie		BROUARDEL.
Physiologie.....		MM.
Physique médicale.....		FARABEUF.
Chimie organique et chimie minérale.....		CH. RICHET.
Histoire naturelle médicale.....		GARIEL.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		GAUTIER.
Pathologie médicale.....		BAILLON.
		BOUCHARD.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N....
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.).
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		N....
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MON PÈRE

MON PÈRE

MON PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA MÈRE

A MA MÈRE

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie des Sciences et de la Faculté de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE FORT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Par Rhinotomie médiane, on entend la section du nez sur la ligne médiane, le long, en dehors, et très près de la cloison : section créant une large voie opératoire pour toute intervention chirurgicale dans les affections des fosses nasales, de la partie supérieure du pharynx, et de la base du crâne.

Assez souvent, le chirurgien est appelé à pratiquer des opérations dans la cavité naso-pharyngienne. La cure par les voies naturelles, bouche ou orifice antérieur des fosses nasales, étant reconnue impossible, et aucune contre-indication ne s'opposant à l'intervention, on est conduit à faire une opération préliminaire.

Mais quelle méthode choisir ? Quelle est la meilleure, celle qui réunit tous les caractères d'un bon procédé opératoire, c'est-à-dire facilité, rapidité, sûreté ? En existe-t-il une ? C'est ce que nous allons tâcher de mettre en lumière.

On a fait plusieurs objections contre ces opérations préli-

minaires (1), et on leur a reproché les inconvénients suivants :

1^o Elles compliquent l'action principale par une perte de sang supplémentaire, une douleur surajoutée, une plus longue durée de l'acte opératoire ;

2^o Elles aggravent le pronostic par le fait d'un traumatisme nouveau ajouté à celui de l'opération fondamentale elle-même : lymphangite, érysipèle, infection purulente ;

3^o Elles peuvent altérer d'une manière persistante la forme du corps ou les fonctions d'un organe.

Les deux premières objections ont aujourd'hui quelque peu perdu de leur valeur. La ligature ou la torsion des artères ont facilement raison des hémorrhagies (et d'ailleurs, on doit choisir le procédé qui fait perdre le moins de sang). Contre la douleur, nous avons le précieux concours du chloroforme, et l'hémorrhagie et la douleur écartées, la plus longue durée de l'acte opératoire ne doit pas entrer en ligne de compte.

Quant à l'aggravation du pronostic, une antisepsie bien faite met à l'abri des accidents consécutifs à une infection partielle ou totale. Et, dès maintenant, nous pouvons bien dire qu'un procédé qui permettra (dans le cas où ce sera reconnu nécessaire) sans aucune crainte pour le succès final de l'intervention, de laisser la plaie béante pendant quelques jours, pour la surveiller et prévenir toute complication fâcheuse tout en rendant faciles les lavages et les pansements répétés, un tel procédé, disons-nous, devra être préféré.

La troisième objection, relative à l'altération persistante de la forme de l'organe ou de ses fonctions, est bien plus grave.

(1) Kirmisson, Th. de Doctorat, Paris, 1879.

Nous verrons, dans le cours de la discussion au sujet de la valeur des différentes méthodes, que la méthode de M. le professeur Verneuil est celle qui mérite le moins ce reproche.

En revanche, les grandes opérations préliminaires ont un immense avantage : elles permettent de mieux attaquer le mal, de mieux nettoyer la cavité dans laquelle les tumeurs avaient pris naissance, de ne pas marcher en aveugles, de savoir où l'on va.

« Au point de vue du succès, dit M. Verneuil (1), l'expérience démontre qu'elles offrent au public de plus grandes chances que les méthodes douces qui paraissent entraîner la mort plus souvent que les autres. »

Si l'on parcourt la littérature chirurgicale, on est frappé du grand nombre de procédés opératoires imaginés en vue de la cure des polypes naso-pharyngiens, le cas le plus difficile des affections de l'extrémité supérieure des voies aériennes. Nous ne parlerons pas, bien entendu, des procédés consistant à extirper les tumeurs par les voies naturelles, opération que l'on devra toujours faire quand elle sera possible. Nous n'avons en vue que les procédés créant des voies artificielles.

Ces procédés peuvent être répartis en quatre groupes :

- 1° La méthode orbitaire ;
- 2° La méthode faciale ;
- 3° La méthode palatine ;
- 4° La méthode nasale.

Nous examinerons successivement ces divers procédés, et faisant la balance entre leurs avantages et leurs inconvénients,

(1) *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1860.

nous tâcherons de démontrer la supériorité de la rhinotomie médiane.

Qu'il nous soit auparavant permis de faire hommage de notre travail à M. le professeur Verneuil, dont les conseils nous ont été si précieux, et à M. le professeur Le Fort qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions non plus oublier M. le docteur Clado, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, et M. Artus, interne des hôpitaux, et nous les remercions de leur bienveillant concours.

MÉTHODE ORBITAIRE OU LACRYMALE

Nous ne nous étendrons pas fort longuement sur cette méthode qui rentre dans la classe des opérations que M. Verneuil a appelées parcimonieuses. Elle fut pratiquée par deux médecins italiens Palasciano et Rampolla, qui s'en disputèrent longtemps la priorité : en voici la technique opératoire, brièvement résumée d'après la communication faite par M. Rampolla à la Société de Chirurgie, en 1860 (1).

On fait une incision de deux ou trois centimètres en dedans de l'intersection du tendon de l'orbiculaire sur le bord antérieur de la gouttière. Sa direction est d'abord verticale, puis s'incline en dehors en suivant toujours le bord de la gouttière. Séparation, avec la rugine, du périoste de l'apophyse montante : décollement du sac lacrymal et du tendon direct de l'orbiculaire. Perforation avec un trocart large et courbe de la paroi interne de la gouttière lacrymale. Introduction d'une chaîne à anse dans laquelle on engage la tumeur. Ligature du pédicule ; écrasement.

(1) *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1860, page 142.

Cette méthode a l'avantage, il est vrai, de ne pas faire de dégâts importants : on perfore seulement l'onguis, et la ligature est assez facile sur le point le plus élevé du pharynx, et pourrait suffire, en somme, lorsqu'on a affaire à un polype pharyngien de petit volume (et alors pourquoi ne pas essayer par les voies naturelles ?) et que l'insertion du pédicule n'est pas loin du lieu d'élection de l'opérateur.

Mais la voie, très étroite, ne peut donner passage qu'à une ligature ou à un écraseur, moyens dangereux et insuffisants. La ligature tombe quelquefois (observation adressée par Ram-polla à la Soc. de Chir., 1850) et la chute du fil peut donner lieu à une hémorrhagie mortelle.

L'écraseur ne suffit pas non plus pour empêcher une récidive, car on laisse forcément un morceau du pédicule qui bourgeonnera de nouveau et occasionnera une nouvelle intervention chirurgicale.

Les difficultés d'exécution sont donc très grandes, parfois même insurmontables, à cause de l'étroit espace donné par l'opération. Mais, prenons le cas même le plus heureux, c'est-à-dire le cas où le fil a été justement conduit autour de la tumeur : pourra-t-on prétendre à une éradication complète, et ne vaut-il pas mieux ouvrir une large voie que laisser le malade exposé aux dangers inhérents à la manière dont s'obtient la séparation du polype, provoquée par la mortification et la séparation lente de ce dernier.

En outre, puisqu'on n'est pas d'accord sur le lieu d'implantation des polypes, pourquoi reculer devant une opération donnant plus de jour, plus d'espace, afin de reconnaître bien mieux l'endroit où le pédicule est attaché ?

Les chirurgiens n'adoptèrent donc pas cette méthode. Ils

n'étaient pas d'ailleurs encouragés par le résultat final de l'opération. En effet, Palasciano, sur deux cas, eut deux récidives. Rampolla pratiqua cette opération une fois et perdit son malade. Quant à l'opéré de M. Valette, de Lyon, il fut bien délivré de son polype, mais il perdit l'œil à la suite d'un phlegmon consécutif à l'intervention (1).

(1) Dict. encycl. des sciences médicales, Article nez, t. XIII.

MÉTHODE FACIALE

Par la méthode faciale, c'est aux dépens du squelette de la face, en enlevant le maxillaire supérieur, que la chirurgie entreprend de mettre à nu la tumeur polypeuse. Mais quand le maxillaire est enlevé dans sa totalité comme le firent, pour la première fois Syme, en Angleterre, Michaux, en Belgique, A. Flaubert, en France, il en résulte l'aplatissement de la joue, balafree par plusieurs cicatrices, la chute de l'œil qui se perd souvent, quelquefois de l'ectropion, ou bien une fistule lacrymale : autant de difformités incurables. Aussi, pour avoir un large champ opératoire et pour éviter tant de déformations et de troubles, Huguier a-t-il remplacé la résection définitive du maxillaire supérieur par une résection temporaire du même os. Mais, cette opération, faite une fois, donna des résultats déplorables : on avait peu de jour, ensuite on allait perpendiculairement au point d'implantation de la tumeur au lieu d'y aller parallèlement ; enfin, impossibilité presque absolue d'aller dans la région ethmoïdale : le maxillaire ne se réunit pas, sa portion inférieure se nécrosa, quelques dents tombèrent, d'autres restèrent ébranlées, la suppu-

ration fut très longue. Aussi, cette manœuvre opératoire équivalant à la méthode orbitaire au point de vue des résultats, ne recueillit aucun partisan et fut rapidement abandonnée.

D'ailleurs, on était exposé à perdre le malade pendant l'opération même à la suite d'hémorrhagie secondaire, et l'on sait combien sont graves les pertes de sang dans ces circonstances. L'ablation du maxillaire intéresse, en effet, l'artère palatine et expose à la lésion de la maxillaire interne. Aussi, quelques opérés succombèrent-ils entre les mains des chirurgiens, parmi lesquels nous citerons entre autres, Denucé et Demarquay (1).

(1) Dict. encycl. des sciences médicales, t. XIII, p. 145.

MÉTHODE PALATINE

Cette méthode crée une ouverture suffisamment spacieuse par la voûte palatine.

Cette méthode date de 1747 et appartient à Manne, d'Avignon. Ce chirurgien incisait seulement le voile du palais et la luette.

Frappé des inconvénients de la section du voile du palais et de la luette, Dieffenbach (1834) et après lui Maisonneuve, prolongeaient la section sur la voûte même, mais respectaient le bord libre du voile du palais et la luette, créant ainsi une boutonnière palatine.

Boeckel, plus tard, substitua à cette incision d'avant en arrière, une incision transversale, et faisait ainsi une boutonnière à direction perpendiculaire à celle de Dieffenbach et Maisonneuve.

Il était réservé à Nélaton (1848) de créer la vraie méthode palatine. Ce chirurgien adopte l'incision de Manne qu'il prolonge en avant jusqu'à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la voûte du palais, décolle les parties molles, les écarte en dehors, et met ainsi à nu les deux tiers postérieurs du squelette qu'il resèque.

Puis, il décolle la muqueuse du plancher des fosses nasales, l'incise sur la ligne médiane et arrive ainsi sur le polype dont il sectionne le pédicule. La plaie est laissée ouverte pour surveiller les récidives.

Ce procédé avait sur la méthode orbitaire le grand avantage de donner plus d'espace pour aller attaquer la tumeur : la section du voile et la resection de la voûte palatine permettaient le passage d'instruments destinés à sectionner le pédicule ; de plus, et les défenseurs de cette méthode ont bien fait valoir cet argument, elle n'avait pas l'inconvénient de laisser sur la face, comme les méthodes précédentes et celles que nous étudierons plus loin, une cicatrice plus ou moins apparente.

Mais, entre les mains de son inventeur lui-même, elle ne donna pas les résultats qu'on en espérait. En effet, sur six opérés, Nélaton en perdit deux, dont la mort était due à une infection putride consécutive à une extirpation incomplète.

En outre, si l'on parcourt le Bulletin de la Société de chirurgie et les autres recueils scientifiques, on rencontre un certain nombre d'observations de nouvelles opérations entreprises pour détruire les polypes que l'on avait considérés comme radicalement guéris par la méthode palatine.

Il sera, en effet, très difficile, sinon impossible, d'atteindre les polypes situés à la partie la plus supérieure du pharynx nasal ; il y a des cas où l'impossibilité est absolue : c'est lorsque l'on a affaire à une voûte palatine de forme ogivale, au lieu de l'avoir plus ou moins horizontale. M. Legouet rapporté un cas de ce genre (Bull. de la Soc. de Chir., 1860) où il fut obligé d'abandonner ce procédé, excessivement gêné qu'il avait été pour le passage des instruments par le rétré-

cissement de l'espace compris entre la paroi postérieure du pharynx et la voûte palatine.

Dans d'autres circonstances, si l'on a affaire à un gros polype, on tombe d'abord sur les plus grosses masses polypeuses, on enlève alors, en plusieurs séances, les bourgeons qui se présentent les premiers, et par des arrachements successifs on arrive au pédicule ; au lieu donc d'attaquer le mal par sa racine, c'est-à-dire par son pédicule, on l'attaque par ses dernières ramifications. On comprend que des malades refusent de suivre un traitement si long qu'il demande trois et quatre mois. Les hémorrhagies sont aussi considérables. Enfin, on est exposé à un danger autrement grave, celui de l'infection purulente à la suite du passage dans les voies digestives des eschares consécutives à la cautérisation soit par le thermo-cautère, soit par le caustique de Vienne.

Enfin, elle est insuffisante en ce que l'arrachement est incomplet ; et, pour les polypes siégeant très haut, on n'est jamais certain d'avoir détruit le mal dans sa racine, et on est toujours exposé à voir la tumeur récidiver.

Nous nous bornerons à rappeler une observation de M. Deguise (1), qui rapporte un cas de mort à la suite de résection du maxillaire supérieur après plusieurs tentatives infructueuses :

1^{re} Opération. — Section du voile du palais et excision partielle des os palatins. Section des polypes avec des ciseaux courbes. Les cautérisations au fer rouge et au caustique de Vienne n'empêchent pas la récurrence, et, au bout de cinq mois,

(1) *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1861.

2^e *Opération*. — Nouvelles cautérisations, après une opération avec l'écraseur. La récurrence n'est pas prévenue, et sept mois après,

3^e *Opération*. — On se décide à réséquer le maxillaire supérieur. Mais le malade succombe pendant l'opération, épuisé par les hémorragies continues qui durent depuis la première intervention chirurgicale.

En admettant même que l'opération réussisse et que le polype ne récidive pas, elle laisse après elle de grands délabrements. Un obturateur pourra bien combler la perte de substance faite à la voûte palatine osseuse : mais, de l'aveu même de Robin-Massé (1), grand partisan de la méthode de Nèlaton, la staphylorrhaphie échoue dans la majorité des cas à cause des altérations que font subir au voile du palais les manœuvres destinées à prévenir la repullulation du mal. La persistance de l'incision staphyline a pour effet un nasille-ment fort désagréable et, conséquence plus fâcheuse, des troubles de la déglutition marqués par le passage des aliments et des boissons dans les fosses nasales.

(1) Thèse de doctorat, 1864.

MÉTHODE NASALE

1° Avec résections voulues.

Pour éviter les inconvénients que l'on reprochait à la méthode palatine, les chirurgiens imaginèrent alors d'attaquer les tumeurs par la voie nasale agrandie. C'est alors que furent imaginés les procédés d'ablation partielle qui furent vivement défendus par Chassaignac. Nous allons décrire son procédé ainsi que les modifications qu'y apportèrent d'autres opérateurs.

1^{er} *Temps*. — Il fait, en haut, à la racine du nez, une incision transversale allant d'une orbite à l'autre ; en bas, une incision parallèle à la première, et dans toute la largeur du nez. Ces deux incisions horizontales sont reliées par une incision verticale siégeant dans le sillon naso-génien du côté de la tumeur. Le lambeau est rejeté du côté opposé.

2^e *Temps*. — Section des branches montantes du maxillaire supérieur et des os du nez avec la scie à chaîne. L'ouverture peut être agrandie par la résection du cornet du nez. Chez les jeunes sujets, la scie peut être remplacée par les pinces de Liston.

Procédé de Boeckel.

Boeckel accepte exactement le premier temps du procédé de Chassaignac, mais il en modifie le deuxième. Après avoir scié la racine du nez et la branche montante de l'apophyse du côté malade, il brise et luxe la deuxième au lieu de la scier, et le nez, dans sa totalité, est rabattu du côté sain.

Procédé de Langenbeck.

Langenbeck modifie aussi le deuxième temps du procédé de Chassaignac, et opère la luxation en haut de l'os nasal et de l'apophyse montante, rendue libre par un double trait de scie.

Procédé d'Ollier.

Ollier fait l'incision des parties molles en fer à cheval, à convexité tournée vers la racine du nez : les deux extrémités de l'incision aboutissent à chaque aile du nez ; puis, avec la scie, il sectionne parallèlement à la direction du frontal la charpente de l'organe qu'il rabat de haut en bas.

Procédé Lawrence.

Lawrence fait une incision en fer à cheval à convexité tournée du côté de l'orifice buccal, et rabat le nez de bas en haut.

Procédé de Desprez.

Incision suivant le sillon naso-labial et suivant le sillon naso-génien, comprenant toute l'épaisseur des parties molles. Section de la sous-cloison à son union avec la lèvre supérieure. Section continuée de manière à détacher de l'épine nasale antérieure et de la crête qui lui fait suite dans l'étendue d'un centimètre le cartilage triangulaire doublé de la muqueuse. Section du vomer aussi près que possible de la voûte palatine et dans toute son étendue. Section du vomer au niveau des os propres du nez. Ablation. Si le champ n'est passez large, on résèque le maxillaire supérieur dans une étendue de un centimètre à un centimètre et demi, avec la gouge, en ayant soin de détacher avec le périoste la lèvre externe de la plaie latérale.

2° Sans résections voulues.

Les méthodes que nous venons de décrire avaient sur la méthode palatine l'avantage de permettre au chirurgien d'attaquer directement la tumeur, d'avoir plus d'espace, plus de jour, et de garantir dans la majorité des cas une guérison définitive au prix d'une cicatrice siégeant sur la face, bien préférable au nassonnement consécutif à l'opération de Nélaton, et aux dangers d'une palatorraphie incomplète. Mais, pour simplifier encore le manuel opératoire, et n'opérer des résections que lorsque l'ouverture des parties molles les aurait fait reconnaître indispensables en raison du supplément d'espace

qui était nécessaire et que l'incision primitive ne donnait pas, plusieurs chirurgiens proposèrent une méthode nasale sans résections ou seulement, avec le minimum de résections que la division préalable des parties molles aurait fait reconnaître nécessaires.

Procédé de Garengéot.

Garengéot, pour faciliter la sortie de la tumeur, proposa de séparer l'aile du nez de la joue en faisant suivre à l'incision le sillon naso-génien du côté correspondant au siège de la tumeur.

Procédé de Rouge, de Lausanne.

« Si l'on regarde un crâne, dit ce chirurgien, on s'aperçoit facilement que les os propres du nez n'occupent en général que le quart, bien rarement le tiers de l'ouverture antérieure des fosses nasales. De plus, leur disposition en forme d'auvent, situé à la partie la plus rétrécie de cet orifice, fait qu'ils ne gênent en rien l'exploration de l'appareil olfactif, dont l'entrée est bien mieux défendue par le squelette cartilagineux du nez. Aussi, j'ai pensé qu'il était inutile de déplacer les os propres et qu'il suffisait de détacher les parties molles pour avoir un large accès dans la cavité nasale. » Voici la description de son procédé :

L'opérateur, saisissant la lèvre supérieure près de sa commissure, la relève très haut avec la main gauche ; un aide en

fait autant de l'autre côté. La lèvre ainsi tendue, on incise la muqueuse dans le sillon gingivo-labial de la première petite molaire droite à la même du côté opposé. Le milieu de l'incision correspond au frein de la lèvre qui est divisée près de sa racine. On incise tous les tissus, et on arrive sur l'épine nasale antérieure dont on suit la saillie. On détache alors à sa base, d'un coup de bistouri, le septum cartilagineux ; souvent, cela suffit pour que, relevant le nez, on ait un espace qui permette d'introduire le doigt dans les fosses nasales et de les explorer facilement *de visu* une fois le sang étanché. Si cela n'est pas, on sectionne, en deux coups de ciseaux, les cartilages des narines à leur insertion sus-maxillaire, et le nez, complètement libéré, incliné vers le front, découvre largement l'orifice antérieur de sa cavité.

Dans les cas où la cloison intacte gêne l'opérateur, on l'enlève avec des ciseaux, et dès lors, il n'y a plus d'obstacle au jeu des instruments. On enlève les os nécrosés, etc., etc...

Quelle est la valeur de ces deux méthodes ? Avec le procédé de Garengéot, on entre de plain-pied dans les fosses nasales, mais n'est-on pas gêné, sinon pour le toucher, du moins pour la vue, car il faut retrousser l'aile du nez, qui par son élasticité tend toujours à revenir sur le lieu de l'incision. Ce procédé de renversement partiel de l'aile du nez est donc mauvais parce qu'il perd presque tous les avantages d'un large accès vers la base des polypes. Il est donc insuffisant, et, comme les demi-moyens, fait trop ou trop peu. En effet, s'il s'agit d'une tumeur de grosseur moyenne, il faut agrandir l'ouverture en réséquant les maxillaires, résection que l'opération était censée prévenir, et, si l'on a affaire à des tumeurs de petit volume, l'extraction peut se faire par l'ouverture naturelle du nez ou de la cavité naso-pharyngienne.

Quant au procédé de Rouge de Lausanne, il a cela de bon qu'il respecte la joue : il décolle la lèvre supérieure de l'arcade alvéolaire et pénètre dans les fosses nasales. Si la cloison gène, il y fait une incision ; par ce moyen, on va bien palper du doigt la tumeur, et on peut avoir sur son volume, sur sa conformation, sur le lieu d'implantation, des renseignements utiles : mais nous croyons qu'on n'y voit pas assez.

De plus, on a un écoulement de sang assez considérable dans la bouche, dans les fosses nasales. Et cet accident, déjà grave chez un malade éveillé, devient redoutable chez un malade endormi par le chloroforme, par la chute du sang dans les voies respiratoires.

Enfin, elle expose, comme la méthode palatine, le malade aux dangers de l'infection, car on a une plaie en rapport avec les microbes buccaux ; on n'a, il est vrai, aucune difformité consécutive, pas même une cicatrice apparente sur la face ; mais ne vaut-il pas mieux cette dernière pour éviter les inconvénients que nous venons de signaler plus haut.

RHINOTOMIE MÉDIANE

Procédé de M. Verneuil.

En 1860, dans une séance de la Société anatomique, à propos d'un polype enlevé par Velpeau avec l'écraseur (opération suivie de mort), M. Verneuil disait que, s'il avait opéré, il aurait ouvert le dos du nez, sectionné le polype avec l'écraseur ordinaire, touché le point d'implantation avec le fer rouge, ou mieux avec le galvano-cautère, le tout en une ou deux séances. Enfin, rhinoplastie primitive ou secondaire. Voici, d'ailleurs, le détail du manuel opératoire :

Chloroforme, incision du côté où proémine la tumeur sur la face dorsale du nez, le long, en dehors et très près de la cloison. Les deux lèvres de l'incision une fois écartées, on se trouve en face de la partie antérieure de la tumeur. Si cette incision ne donne pas assez de jour, on peut enlever une partie de l'os du nez ou le bord interne de la branche montante du maxillaire supérieur. Il n'y a pas de gros vaisseaux intéressés, à peine une ou deux artérioles qui se trouvent quelquefois sous le bistouri et qu'un léger attouchement de la

lame de platine du thermo-cautère empêche de saigner (1860, 13 avril).

Cette méthode avait une telle simplicité, et rendait relativement si facile l'extraction des tumeurs nasales ou nasopharyngiennes, que beaucoup de chirurgiens l'approuvèrent et abandonnèrent les procédés qu'ils avaient préconisés jusque-là. Robertson, Dieffenbach, Lenoir, Roux, Chassaignac, Borelli l'adoptèrent successivement. Giralès, Michaux, Langenbeck abandonnent à leur tour le procédé des résections voulues et font la rhinotomie médiane. Il était, en effet, si séduisant d'enlever les tumeurs des fosses nasales sans hémorrhagies provenant de l'opération préliminaire (on ne rencontre qu'une ou deux artérioles et l'on sait combien il faut être économe du sang dans ce genre d'opérations), sans délabrements graves des os de la face, ou bien avec le minimum de délabrements rendu nécessaire, sans les lenteurs du traitement par la méthode palatine, sans nasonnement et avec la presque certitude de prévenir une récive !

On ne lui fit que deux objections ; les partisans des autres méthodes nasales lui reprochèrent de ne pas donner assez de jour et d'espace ; les partisans de la méthode palatine lui reprochaient, comme aux autres méthodes nasales d'ailleurs, de laisser sur la face une cicatrice apparente. Il est vrai que cette méthode ne donne pas l'espace que l'on a par le procédé de Chassaignac, de Boeckel, d'Ollier. Mais s'ensuit-il que l'espace est insuffisant ? L'opération la plus simple, dit Follin (1), et peut-être une des meilleures, consiste à fendre directement le nez sur une ligne verticale et à écarter les ailes

(1) Follin et Duplay, t. III, *Pathol. externe*, page 835.

latérales. Cette incision donne beaucoup de jeu pour attaquer le polype et permet une réparation assez régulière.

M. Roser de Marbourg (1) dit : La division du nez sur la ligne médiane, d'après Dieffenbach (il devrait écrire : d'après Verneuil,) a plusieurs fois été exécutée par moi. La plaie guérissait toujours pour ainsi dire sans laisser de traces. Si la division du nez jusqu'aux os ne suffisait pas, on pourrait fendre ces derniers sur la ligne médiane et écarter l'un de ces os avec l'os unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur de ce côté. Ce qui facilite les opérations de ce genre, c'est que généralement les malades sont jeunes et ont par conséquent les sutures osseuses molles, flexibles, ou susceptibles d'être luxées.

Ajoutons à tous ces témoignages celui du professeur Goenig, de Göttingen ; voici, en effet, ce qu'il dit dans le *Centralblatt für Chirurgie*, n° 10, 1888 : Le nez, d'un coup de ciseaux, est fendu sur un de ses côtés parallèlement à la ligne médiane du dos du nez, à droite ou à gauche, suivant que le polype paraît s'être développé davantage d'un côté ou d'autre. « Cette méthode, dit-il, est bonne pour tous les cas que l'on rencontre le plus ordinairement dans la pratique, une opération insignifiante permet d'atteindre en quelques minutes le but que d'autres méthodes ne permettent pas souvent d'atteindre (2). »

Le professeur de Göttingen n'a qu'un tort, c'est de se croire l'inventeur de la rhinotomie médiane et de s'attribuer la paternité de cette méthode.

(1) *Dict. encycl. des sciences médicales*, t. XIII, 2^e série, page 131.

(2) *Province médicale*, 1888, p. 191.

Lorsque le procédé de M. Verneuil n'a pas donné assez de jour, c'est qu'on n'a pas fait l'incision assez grande (cas de Syme-Fergusson). Mais l'incision longue du nez et de son squelette ouvre une voie assez large pour permettre la destruction du polype naso-pharyngien ; en effet, l'ouverture naturelle de l'orifice antérieur des fosses nasales, agrandie par l'ouverture de l'auvent nasal, donne vers la voûte du pharynx, aussi bien que vers la voûte des fosses nasales, dans toute son étendue, un très large accès sur la base du crâne. D'autre part, cette ouverture de l'auvent nasal raccourcit le diamètre antéro-postérieur de la voûte naso-pharyngienne, de telle sorte que le doigt a la longueur suffisante pour pénétrer directement et sans difficulté sur tous les points des fosses nasales, quels qu'ils soient, et sur l'apophyse basilaire.

Le procédé de Chassaignac donne plus de jour, il est vrai, mais l'absence des deux branches montantes du maxillaire supérieur ne déforme-t-elle pas la face ?

Le procédé de Bœckel, qui est une variante du précédent, donne un espace suffisant et permet, aussi bien que la rhinotomie médiane, d'aborder la tumeur directement. Mais est-il facile de briser et de luxer la branche montante du deuxième maxillaire ? Et l'opération terminée, combien faudra-t-il de temps pour que les os se soudent ? De plus, est-on certain que les os se souderont ? Le cas d'Huguier, avec la suppuration et la nécrose du maxillaire, avec la chute des dents et les ennuis d'un traitement difficile, n'est-il pas là pour nous effrayer ?

Le procédé d'Ollier échappe aux inconvénients du procédé de Bœckel, mais il a sur la rhinotomie médiane un grand désavantage ; il nécessite une autoplastie immédiate. Or, quand il s'agit de polypes naso-pharyngiens toujours prêts à

récidiver, on comprend quel intérêt a le chirurgien de laisser la plaie béante, au moins pendant quelques jours, pour surveiller le lieu d'implantation des polypes, et prévenir toute tentative de repullulation du mal.

A ces divers titres, l'opération de M. Verneuil ne serait-elle pas préférable ? Outre qu'on peut agrandir l'ouverture qu'elle donne en ébarbant la branche montante du maxillaire supérieur, n'arrive-t-il pas dans un grand nombre de cas que le corps fibreux, en se développant, a lentement détruit la fragile charpente osseuse de l'ethmoïde, des cornets, de la paroi naso-maxillaire ? Il y a même des cas où la lame criblée est elle-même perforée et détruite (cas rapporté dans la thèse de Kirmisson, cas de l'Hôtel-Dieu, décembre 1890). Après l'extirpation du néoplasme, on est surpris de trouver une caverne spacieuse dans laquelle on introduit plusieurs doigts que l'on peut fort aisément conduire jusqu'à la paroi postérieure du pharynx.

Peut-on craindre, en faisant la rhinotomie médiane, un rétrécissement ou un affaissement ultérieurs des narines ? Non, car la meilleure manière de conserver la régularité du contour des narines consiste, dit M. Bouisson, de Montpellier, à garder, quand cela est possible, le bord libre de la narine elle-même. Or, ces conditions sont parfaitement remplies dans le procédé de M. Verneuil : le cartilage de la cloison est conservé, ainsi que les cartilages latéraux, et le nez est très bien soutenu. La conservation des cartilages des ailes du nez, formant une voûte soutenue, empêche de même l'aplatissement du nez de se produire.

Au point de vue esthétique, point de vue secondaire quand il s'agit de guérir, nous allons voir par les observations qui

suivent à quoi se réduit la cicatrice que laisse après elle la rhinotomie médiane ; une simple ligne qui s'efface avec le temps, et sur laquelle il serait difficile, sinon impossible à un œil non prévenu, de reconnaître la trace d'une incision.

« Si je veux me donner la peine de faire une suture convenable, dit Desprez (1), la cicatrice ne sera pour ainsi dire pas apparente, surtout si elle est faite, comme c'est la règle, chez des sujets relativement très jeunes. . . . En admettant que le vomer soit détruit ainsi que le cartilage triangulaire, la forme du nez ne peut être nullement altérée. »

D'ailleurs, n'évite-t-on pas le nasonnement et la pénétration des aliments dans les voies respiratoires, et n'est-ce pas un avantage qui compenserait largement l'existence d'une cicatrice, même apparente, sur la face antérieure du nez !

Pour prouver qu'une suture bien faite aux fils d'argent ne laisse presque pas de traces, voici une observation de rhinorrhaphie pratiquée chez une petite fille de quatre ans, d'assez belle apparence, quoique lymphatique, mordue au nez par un chien (2) :

« Lorsque toutes les sutures furent serrées, la ligne de réunion, à peine visible, n'était indiquée que par des vestiges de l'ancienne cicatrice que je n'aurais pu faire disparaître qu'en retranchant trop de substance.

« Les dernières traces de la mutilation première que l'opération n'avait pu faire disparaître tendent de jour en jour à s'effacer spontanément.

« Je ne puis m'empêcher d'attribuer en partie la belle

(1) Thèse de doctorat, 1857.

(2) Mémoires de Verneuil, tome I, p. 434.

« réunion obtenue aux sutures métalliques, qui ont, sans nul
« inconvénient, maintenu longtemps en contact intime les
« lèvres de la plaie. »

Voici les résultats d'une seconde observation, publiée par
M. Verchère dans les *Annales de Laryngologie*, de 1887 :

Il s'agit d'une femme entrée en juin 1886, salle Lisfranc, à
la Pitié, dans le service de M. Verneuil. Elle était affligée
d'une sarcome siégeant dans la fosse nasale droite. M. Verneuil
pratiqua l'opération de la rhinotomie médiane, enleva la
tumeur, et sutura.

.... « La réunion par première intention réussit d'une façon
« idéale, et la malade sort, le 25 juin 1886, ne conservant
« qu'une légère ligne rougâtre permettant de reconnaître le
« siège de l'incision.... »

« La malade est revenue le 20 juillet. La ligne de cicatrice
« est à peine perceptible avec beaucoup d'attention.... »

On voit donc que la rhinotomie médiane ne laisse pas der-
rière elle de grands désordres cicatriciels, et la malade dont
nous parlions tout-à-l'heure en a été quitte pour une cicatrice
imperceptible pour un œil non prévenu, et n'a pas eu à redou-
ter, soit un affaissement de la joue ou une cicatrice plus visible
si elle avait été opérée par la méthode des résections, soit un
nasonnement difficile à guérir même par une bonne palator-
raphie, si on s'était servi du procédé de Nélaton.

M. Verchère, dans la même communication, conseille un
manuel opératoire différent suivant que l'on a affaire à des
polypes naso-pharyngiens ou à des tumeurs des cavités nasales.
Pour les premiers, il conseille la méthode palatine, pour les
secondes, il donne la préférence à la rhinotomie médiane.
Mais, outre que la méthode palatine offre nombre d'inconvé-

nients que nous avons déjà signalés, la méthode nasale permet très bien d'aller à la recherche des polypes naso-pharyngiens, et de les extirper même plus facilement. A l'appui de notre opinion, nous ne citerons qu'une observation de trois polypes naso-pharyngiens extraits par la méthode de M. Verneuil, observation publiée par M. Mc Léod, dans le *Journal Lancet*, 1889, p. 4032, et reproduite dans les *Archives de Laryngologie et de Rhinologie*, de la même année.

OBSERVATION I

Un jeune homme de 25 ans portait depuis deux ans une tumeur de la face nasale gauche qui était complètement obstruée. Cette tumeur formait, en arrière du voile du palais, une saillie de la grosseur d'un œuf de poule. La fosse nasale gauche était dilatée, et le squelette osseux élargi. L'opération fut pratiquée sous le chloroforme ; on fendit la narine à gauche de la cloison ; le pédicule de la tumeur ayant été enserré avec la chaîne d'un éraseur, on put extraire la plus grande partie du polype par la bouche ; le reste fut tordu ou enlevé avec des pinces. La plaie guérit par première intention, laissant à peine une cicatrice linéaire.

OBSERVATION II

Jeune homme de 20 ans, ayant depuis neuf mois une tumeur de la fosse nasale droite et du pharynx. Depuis un an et demi, fréquentes épistaxis qui se répétaient tous les trois ou quatre jours. Quatre fois, on avait en vain tenté l'extirpation de la tumeur ; prolongement pharyngien descendant aussi bas que la luette. Même opération que dans le premier cas ; réunion par première intention ; guérison.

OBSERVATION III

Jeune homme de 23 ans ; tumeur de la fosse nasale droite s'étant annoncée six mois auparavant par des épistaxis. Cette tumeur avait une large base d'implantation, s'étendait à tout le corps du sphénoïde, aussi la paroi du sinus sphénoïdal fut-elle entraînée au moment de l'extraction ; mais il ne s'ensuivit aucun inconvénient, et la guérison survint rapidement.

Dans les trois cas, il s'agissait d'Indiens, chez qui seraient fréquentes ces tumeurs, au dire de M. Léod. Elles paraissent, d'après cet auteur, prendre naissance dans le périoste ou un point quelconque de la paroi osseuse des fosses nasales. En fendant les narines, le chirurgien peut se rendre compte du point d'insertion, et introduire plus facilement l'écraseur ; il voit aussi mieux si l'extirpation a été complète et peut mieux faire le nettoyage de la plaie.

Dans ces trois cas, on le voit, il s'agit de polypes naso-pharyngiens. M. Léod ne donne malheureusement pas d'autres détails au sujet de leur point d'implantation ; car, un des principaux reproches formulés contre la méthode de la rhinotomie médiane est qu'on se trouve éloigné de la naissance du pédicule, surtout lorsqu'il siège à la partie inférieure de l'apophyse basilaire. Cependant, vu que c'est sur cette apophyse basilaire que siègent généralement les tumeurs de cette nature, plus ou moins haut, on ne peut admettre que M. Léod a été exceptionnellement heureux dans ces trois interventions, et qu'il a eu affaire, par une coïncidence inespérée, à trois pédicules très rapprochés du lieu de l'incision préliminaire, et par conséquent très accessibles, et il faut conclure de ces obser-

vations que la rhinotomie médiane, donnant un jour et un espace suffisants, permet une exploration attentive et une intervention efficace, même dans les cas les plus difficiles.

Quelles conclusions devons-nous tirer de tous ces faits, sinon que nous sommes en possession d'une méthode qui réunit les conditions que nous demandions à un bon procédé au commencement de ce travail ? 1° Au moyen d'une incision qui n'intéresse qu'une ou deux artérioles, on a assez de jour, assez d'espace ; dans la plupart des cas, l'incision des parties molles est suffisante, et lorsque la tumeur est volumineuse, et qu'elle n'a pas détruit les parois du squelette nasal par son développement, on est toujours à temps pour réséquer l'os propre du nez ou pour ébarber la branche montante du maxillaire supérieur. Elle permet de laisser la plaie ouverte pendant quelques jours, s'il le faut, pour la surveiller, ce que l'on ne peut faire avec le procédé de M. Ollier ; pas de résection des deux maxillaires comme dans la méthode de Chassaignac, pas de luxation de la seconde branche avec ses suites plus ou moins aléatoires, comme dans celle de Bœckel ; pas de déformation du nez, pas d'altération des traits, comme traces cicatricielles, une simple ligne imperceptible, et si on donne le choix au malade, il aimera bien mieux cette cicatrice que le nasonnement si difficile à guérir dans la méthode palatine. Aucun danger d'infection, comme dans la cautérisation en plusieurs séances par le thermo-cautère ou par le caustique de Vienne. Aucune crainte que les aliments et les boissons ne passent dans les fosses nasales par la boutonnière palatine, ou que les microbes buccaux ne s'introduisent dans le nez par la fente gingivo-labiale du procédé de Rouge de Lausanne.

Résumons-nous :

1° Comme opération préliminaire, la rhinotomie médiane est la plus simple ; comme elle n'intéresse qu'une ou deux artérioles, l'hémorrhagie consécutive à l'incision des parties molles est pour ainsi dire nulle ;

2° Elle donne assez de jour et d'espace et permet d'atteindre le pédicule de la tumeur dans tous les points de la cavité naso-pharyngienne ;

3° Elle permet, si cela devient nécessaire, de laisser la plaie béante pour faire une excellente antisepsie et prévenir les récidives ;

4° Elle laisse comme cicatrice une ligne à peine perceptible.

Nous croyons que ce sont des titres suffisants pour faire préférer cette méthode qui, en ménageant le squelette de la face et en conservant aux traits leur régularité, donne au malade les plus grandes chances d'une guérison définitive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Thèse de Baudrimont (de Bordeaux). Paris, 1869*).

Enchondrome myxomateux des fosses nasales, opéré le 15 juin 1868 par M. le Professeur Verneuil (Lariboisière).

Jules D. . . , âgé de 41 ans, né dans la Haute-Vienne. Les premiers symptômes appréciables remontent à 1862. A cette époque, larmoiement considérable de l'œil gauche. En même temps, du même côté il se développe une tumeur lacrymale pour laquelle le D^r Boullaud pratique l'oblitération du sac lacrymal par la cautérisation (fin 1863).

Quelques jours après, le D^r Boullaud aperçoit par hasard, dans la fosse nasale gauche, la présence de plusieurs petits polypes dont il fit l'extraction au moyen d'une pince à pansements.

Le soulagement apporté par l'opération ne fut pas de longue durée. Quelques mois après, le larmoiement revient.

Le malade est revu par un autre docteur en 1866. A ce moment, larmoiement de l'œil gauche, sans tumeur lacrymale. Le côté gauche de la figure et de la voûte palatine, considérablement déformés, faisaient un relief considérable par rapport aux parties symétriques. La respiration par le nez est gênée par suite du déjettement à droite de la cloison des fosses nasales. Par l'orifice antérieur des

fosses nasales, on voit une tumeur polypiforme remplissant toute la fosse nasale gauche. On porte le diagnostic de polype naso-pharyngien.

En 1867, le malade devait être opéré, mais, après une consultation des divers médecins et chirurgiens de l'hôpital de Limoges, il est renvoyé sans opération. Dans les premiers mois de 1868, la tumeur très développée fait issue par l'orifice antérieur des fosses nasales. Les parents, effrayés de la difformité et de la gêne de la respiration qui croît en même temps que le volume de la tumeur, envoient leur enfant à Paris à M. Verneuil, le 7 juin 1868.

A ce moment : nez aplati ; l'angle interne de l'œil est refoulé en avant ; à cet endroit, on remarque une saillie volumineuse qui est au même niveau que la surface du nez : la joue est projetée en avant, l'œil droit en dehors et un peu en haut. Pas de saillie du côté du front. La fosse nasale gauche complètement oblitérée par le polype jusqu'à l'orifice externe. La fosse nasale droite est oblitérée aussi, car le malade ne peut respirer, la bouche fermée. La voûte palatine présente, en avant, une saillie considérable, dure et ne pouvant être déprimée. Le voile du palais n'est pas refoulé en avant. Aucun trouble cérébral, aucun trouble visuel. Mastication normale. Pas d'hémorrhagie.

15 juin 1868. — Chloroforme. Incision, au bistouri, sur la ligne médiane du nez, en dehors de la cloison. Puis, pensant ne pas avoir assez de place pour enlever cette énorme tumeur, M. Verneuil fait, à partir du milieu de la lèvre supérieure, une incision horizontale passant au-dessous de l'aile du nez, se prolongeant un peu en dehors, sans pénétrer toutefois dans la fosse nasale, de manière à ne pas y laisser couler le sang. Alors, prenant les ciseaux, il coupe facilement les os du nez, qui sont amincis ; arrive sur la tumeur, qu'il reconnaît être un enchondrome. Achèvement alors la section du lobule du nez et de la lèvre supérieure, il extirpe avec les doigts la plus grande partie de la tumeur qui s'énuclée facilement. La masse enlevée est un peu inférieure au volume du poing. Pas de réunion immédiate afin de surveiller la récurrence.

30 juin. — Muqueuse saine dans toute son étendue. Au niveau

des cellules ethmoïdales, point d'implantation de l'enchondrome, bourgeons charnus, mous au toucher, ne paraissant pas être bourgeons de récidence. Incision est laissée béante cinq ou six mois. Le malade rentre dans sa famille. Là, la cicatrisation se fait dans toute l'incision transversale et dans le tiers supérieur de l'incision verticale.

Dix-huit mois après, le malade revient à Lariboisière avec des bourgeons volumineux à la base du crâne (apophyre basilaire). L'examen microscopique est fait par un interne du service. Pas de récidence.

Le 15 décembre 1869, le malade est présenté à la Société de Chirurgie.

Ne craignant pas de récidence, le 20 décembre 1869, M. Verneuil fait la réunion.

Opération très simple. Succès.

OBSERVATION II (*Thèse de Baudrimont*).

Polype naso-pharyngien. — Avril 1869.

S..., 16 ans, terrassier, Hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, lit 27.

Auparavant, fréquentes épistaxis, et depuis longtemps, impossibilité de respirer par les narines. A son entrée à l'hôpital (mois d'avril 1869), on voit une déformation assez marquée de la face; tout le maxillaire supérieur gauche est augmenté de volume et le nez est aplati du même côté. De plus, en regardant par les narines, on voit, quoiqu'elle ne soit pas très volumineuse, une tumeur rougeâtre. L'examen par la bouche ne fait rien remarquer, ni du côté de la voûte palatine, ni du côté du voile du palais. Épiphora du côté gauche et surdité assez marquée.

Dans une première opération, M. Verneuil incisa le nez sur la ligne médiane, et ayant écarté les deux bords de l'incision, trouva

immédiatement en avant la face antérieure du polype. Ayant voulu la saisir avec des pinces, il survint une hémorrhagie assez forte pour empêcher de continuer l'opération.

Quelque temps après, deuxième opération qui consista, pour agrandir l'ouverture nasale, à réséquer une partie de l'os propre gauche du nez, et le bord interne de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Voie assez large pour l'introduction d'un doigt. La tumeur est alors enlevée au galvano-cautère, et M. Verneuil laisse l'incision ouverte pour surveiller la récurrence.

Le malade fait un séjour de trois semaines à l'asile de Vincennes, puis rentre chez lui, l'incision non cicatrisée.

Il y a un mois (observation recueillie en 1869), nouvelle gêne de la respiration qui se faisait jusque-là par le nez, et écoulement par le nez de mucosités sanguinolentes et fétides. Le malade revient à l'hôpital. Récurrence.

13 décembre 1869. — Troisième opération. M. Verneuil fait une nouvelle cautérisation au galvano-cautère. Tout se passe simplement. Un petit lambeau de polype, devenu flottant dans la cavité nasale, est arraché avec des pinces, et donne naissance à un petit écoulement sanguin qui cède à une injection d'eau froide. Après avoir enlevé la plus grande partie du polype, M. Verneuil renvoie le malade à son lit.

14 décembre. — Le malade déclare avoir souffert les trois heures qui ont suivi l'opération, mais douleurs modérées. M. Verneuil se propose d'enlever les derniers vestiges du polype par des cautérisations successives faites avec l'acide chromique, par la voie laissée ouverte. Le malade fut endormi au chloroforme pour les trois opérations.

Traitement : Injections détersives dans la narine malade, dont le lambeau externe était maintenu écarté à l'aide d'un fil métallique traversant son épaisseur et arrêté sur la joue gauche avec un petit morceau de diachylon.

L'incision du nez reste béante, tant pour continuer le traitement que pour surveiller la récurrence. Cette incision béante permet d'explorer avec le doigt et avec l'œil toute la cavité nasale et tout ce

qui correspond à la base du crâne et à la partie nasale du pharynx.

La réunion n'est pas faite et le malade est encore à l'hôpital au moment où est soutenue la thèse.

OBSERVATION III (*Mémoires de Chirurgie. Verneuil, T. IV. Relation d'un travail de M. Dehenne. — Progrès médical, 1874, pages 374 et suivantes*).

X..., cultivateur à Creil, cinquante ans, d'une très bonne santé habituelle, entre à la Pitié, en mars 1873, pour un épithélioma de la cloison des fosses nasales. L'opération fut faite quelques jours plus tard, alors qu'aucun érysipèle n'existait dans la salle. Une incision longitudinale, pratiquée sur le dos du nez, se bifurquait en bas pour ouvrir les deux narines au niveau de leur commissure antérieure. Grâce à cette ouverture préliminaire, la cloison mise à nu fut facilement réséquée. On réunit les plaies cutanées avec plusieurs points de suture métallique. Tout alla pour le mieux. Nul accident ne survint, et la réunion semblait si parfaite qu'on enleva les fils le cinquième jour. Dès le soir la fièvre s'alluma, précédée de frissons et suivie de délire. Le lendemain matin le nez était rouge, luisant, douloureux au toucher. Un érysipèle s'était développé qui, malgré son extension à la face entière et au cuir chevelu, guérit sans donner de grandes inquiétudes.

OBSERVATION IV (1). — **Sarcome des fosses nasales** (Nov. 1884, *hóp. Bichat*).

Observation recueillie par M. Jeanselme dans le service de M. Terrier.

Le nommé Petit (Antoine), âgé de 55 ans, tailleur, demeurant rue

(1) *Ann. des mal. de l'os et du larynx* (nov. 1884).

du Ruisseau, 27, est entré le 10 juillet 1884 dans le service de M. Terrier, salle Jarjavay, n° 24.

Cet homme vient réclamer nos soins pour une tumeur siégeant dans la fosse nasale gauche. Jusqu'au début de son affection, sa santé a toujours été excellente ; son état général est encore très bon, et la recherche des antécédents héréditaires ne révèle l'existence d'aucune tumeur chez les ascendants et collatéraux. Jamais cet homme n'a reçu de traumatisme sur la région nasale.

Il y a deux ans environ, il fut pris d'encliffrement et de bourdonnements d'oreille très incommodes ; peu après, apparut une voussure au niveau de la partie latérale gauche du nez, immédiatement au-dessous de l'os propre. La saillie s'accrut assez rapidement, et quelques mois après, on pouvait voir facilement une masse blanchâtre cachée dans la narine. Cette saillie était dure, indolente et immobile ; elle oblitérait complètement la fosse nasale gauche ; une sécrétion séro-purulente s'établit. Néanmoins, le malade ne consulta aucun chirurgien.

Cet état persista quelques mois, puis survint une rémission tellement marquée que le malade se crut guéri ; la déformation du nez et une légère surdité persistèrent seules.

Les accidents se réveillèrent de nouveau il y a cinq mois ; la sensation de gêne nasale s'accentua, des douleurs obtuses envahirent la région frontale et la racine du nez, les bourdonnements et la surdité augmentèrent, bientôt la déglutition devint difficile. La respiration elle-même était gênée, les nuits étaient particulièrement mauvaises, le malade ne pouvant rester dans le décubitus sans suffoquer. En même temps, la déformation s'exagérait, et la compression du canal nasal gauche provoquait de l'épiphora. Le suintement fétide était presque continu, il était rarement teinté de sang ; jamais il ne se fit d'hémorrhagie véritable.

Le malade vint alors à la consultation spéciale pour les maladies du nez à l'hôpital Bichat le 10 juillet 1884. M. Terrier réséqua une partie de la tumeur, ce qui causa une hémorrhagie considérable, et admit le malade à l'hôpital.

A son entrée, il présente une asymétrie faciale causée par la

tuméfaction de la joue gauche et du nez. La moitié gauche du nez est très bombée, la peau qui la recouvre est distendue, luisante, rouge, sensible ; la narine, peu résistante, a été fortement déjetée en dehors ; au contraire, à la partie supérieure, l'os propre du nez a gêné l'expansion de la tumeur : néanmoins, l'œdème inflammatoire nivelle les irrégularités de cette saillie qui ne sont sensibles qu'au doigt. La joue gauche est très tuméfiée par l'œdème, mais les parties dures ne paraissent avoir subi aucune modification ; la paupière inférieure est boursouflée, et le sac lacrymal fait une tumeur d'où l'on peut, par compression, faire refluer un liquide louche dans le grand angle de l'œil. Du nez s'écoule du mucus très fétide ; en faisant rejeter la tête légèrement en arrière, on aperçoit une saillie arrondie, dure, non élastique, absolument immobile, et sur laquelle les parois de la fosse nasale gauche sont appliquées d'une manière si intime qu'il est impossible de contourner la tumeur. Il existe sur l'extrémité de cette saillie une ulcération grisâtre suppurante. La narine gauche est absolument imperméable à l'air, la droite est perméable, la cloison n'est que peu refoulée de ce côté.

L'exploration des arrière-narines avec le doigt n'a permis de sentir l'extrémité postérieure de la tumeur que pendant l'anesthésie, immédiatement avant l'opération ; la tumeur atteignait l'orifice postérieur de la narine gauche, mais ne le dépassait pas. Les ganglions rétro-pharyngiens ne paraissent pas engorgés. L'ensemble des symptômes et surtout l'aspect de la tumeur ulcérée et l'âge du malade firent penser à un épithélioma jusqu'au moment où l'examen microscopique du fragment réséqué eut démontré que la tumeur était un sarcome fasciculé.

L'opération fut pratiquée le 21 juillet 1884 : anesthésie, tamponnement de l'orifice postérieur de la narine gauche. Incision de la peau sur la ligne médiane, étendue de la racine au lobule du nez. Après, écartement des deux lambeaux, la tumeur est à nu ; dès lors, le bistouri est abandonné ; le chirurgien dégage très facilement, avec les doigts, la tumeur libre de toute adhérence et sans prolongements dans les cavités voisines du nez ; une faible traction

suffit pour faire céder le pédicule dont le diamètre est très petit. L'hémorrhagie consécutive est arrêtée avec le couteau du thermocautère, l'insertion du pédicule est vigoureusement cautérisée; cette insertion était située à la partie la plus reculée de la cloison, à égale distance de la voûte et du plancher de la narine gauche. Les deux lambeaux sont ensuite rapprochés et réunis par sept points de suture au fil d'argent. Des compresses trempées dans une solution d'acide borique sont maintenues en permanence sur le nez. Le tampon postérieur est laissé à demeure, et l'orifice antérieur est aussi oblitéré par un tampon.

La tumeur est oblongue, irrégulièrement lobulée à surface lisse et grisâtre, du volume d'un petit œuf. On y remarque la trace du pédicule sur la partie postérieure de la face interne.

Les coupes histologiques, faites en différents points de la tumeur par M. Pillet, externe du service, ont montré partout la structure du sarcome fasciculé; les cellules fusiformes se groupent en faisceaux qui s'entrecroisent dans tous les sens. Il n'y a pas de vaisseaux à l'état adulte, sauf les capillaires. La surface est tapissée par des cellules cylindriques dont la plupart appartiennent au type caliciforme allongé.

Les suites de l'opération ont été simples; la température n'a jamais dépassé 38°4.

Le tampon postérieur a été retiré le lendemain même de l'opération, le tampon antérieur a été renouvelé après lavage de la cavité nasale avec un irrigateur chargé d'une solution d'acide borique.

Les jours suivants, les mêmes lavages sont faits, le suintement purulent est fétide, il s'écoule en partie dans la bouche et est rejeté par l'expuition, le malade se gargarise fréquemment avec une solution d'acide borique.

Les sutures sont enlevées le sixième jour, la réunion par première intention est parfaite.

La surdité et les douleurs d'oreille ont beaucoup augmenté pendant les jours qui ont suivi l'opération, et le malade sort le 2 août, mais beaucoup plus sourd qu'à son entrée.

Le malade a été revu le 1^{er} octobre, c'est-à-dire plus de deux

mois après l'opération. Le nez a repris sa forme et son volume, les deux narines sont parfaitement perméables, l'épiphora a disparu, la surdité a presque disparu, tout porte à croire que la guérison est radicale.

OBSERVATION V (*Communiquée par M. Artus, interne à Saint-Antoine, alors externe du service de M. Verneuil*).

Ozène reconnaissant pour cause une nécrose syphilitique.

— Extirpation, avec pinces à drains, de séquestres du côté droit. — Rhinotomie médiane gauche antérieure. — Guérison.

Le nommé Émile-Eugène H..., âgé de 26 ans, exerçant la profession de charretier, entre dans le service de M. le professeur Verneuil, à la Pitié, salle Michon, lit 51, le 7 décembre 1886. Ce malade est atteint d'ozène consécutif à une nécrose syphilitique des os composant le squelette du nez.

Pendant un premier séjour à l'hôpital, aux mois d'août-septembre de la même année, il a subi trois légères opérations, faites par M. Kirmisson, suppléant M. Verneuil. Au commencement du mois d'août, M. Kirmisson, avec une pince hémostatique, lui enlève le cornet inférieur, nécrosé, du côté droit. L'opération est pratiquée par l'ouverture antérieure des fosses nasales.

L'odeur repoussante n'ayant pas disparu, M. Kirmisson, le 2 septembre 1886, enlève, à plusieurs reprises, avec la pince à drains, de petits séquestres, et, en dernier lieu, un séquestre assez volumineux. Sur la demande du malade, l'opération, douloureuse pour lui, et désagréable pour l'opérateur, est interrompue, après un abondant lavage antiseptique, et sera continuée dans une séance ultérieure.

Le 16 septembre, nouvelle séance. Extirpation, toujours par l'orifice antérieur des fosses nasales, de séquestres assez volumineux. Lavages. La mauvaise odeur disparaît en partie.

Le 7 décembre, le malade rentre de nouveau dans le service. Il se plaint d'être incommodé par une odeur repoussante, lui rendant impossibles toutes relations avec ses camarades.

Le 22 décembre, M. le professeur Verneuil pratique l'opération. Chloroforme. Le tamponnement de l'arrière-cavité des fosses nasales est impossible à cause du volume des sequestres. Incision, avec des ciseaux, de la face dorsale du nez, sur la ligne médiane, à gauche de la cloison du nez. Extirpation, avec des pinces à drains, de sequestres volumineux qu'il eut été impossible d'extraire par un autre procédé, fût-ce même par le procédé de Rouge de Lausanne. — Lavages antiseptiques. Réunion au moyen de neuf points de suture. Occlusion de la fosse nasale droite avec de la gaze iodoformée, disposée en queue de cerf-volant. Sur l'incision opératoire, gaze iodoformée. Aucune réaction fébrile dans la journée, ni dans la nuit.

23 décembre. — On enlève quelques fils de la partie supérieure de l'incision, où la réunion, sans être encore bien solide, est assurée. Pour obtenir le contact parfait, on laisse trois fils à la partie inférieure. Le pansement est constitué par une couche de collodion iodoformé, qui, par sa rétraction, assure le contact parfait des lèvres de l'incision.

La gaze iodoformée, en queue de cerf-volant, est enlevée en partie.

24 décembre. — Réaction fébrile. Frissons, agitation nocturne. On remarque, sur le côté gauche de la face, une rougeur partant de la région temporale, et entourée d'un bourrelet qui fait porter le diagnostic d'érysipèle. On enlève ce qui reste de gaze iodoformée, ainsi que les trois derniers points de suture. La réunion n'est pas faite aux deux derniers points, et les lèvres de la plaie sont écartées. Quatre séances de pulvérisations phéniquées.

Le 26 décembre, l'érysipèle a disparu ; on fait de nouveaux lavages antiseptiques. Plus de mauvaise odeur. La cicatrisation est effectuée, sauf en bas. On touche avec le nitrate d'argent pour aviver les deux bords que l'on rapproche ensuite avec du collodion iodoformé.

..... Par suite de l'extraction de tous les séquestres, il s'est formé une fistule du sinus maxillaire gauche, qui aboutit au sillon gingivo-labial supérieur. Le malade cherche à la boucher avec un bouchon de gutta-percha, qui pénètre dans le sinus et y reste.

Le 24 février, le malade sort de l'hôpital.

Le 25 février, il rentre de nouveau. M. Jalaguier, remplaçant M. Verneuil, avive au bistouri la surface où la réunion primitive a échoué, et place deux points de suture. Pansement avec baudruche et collodion iodoformé.

17 février. — La réunion est obtenue. On enlève les fils.

Le 7 mars 1887, le malade sort complètement guéri. Plus d'odeur. La ligne d'incision est inappréciable pour un œil non prévenu.

OBSERVATION VI.

Épithélioma cylindrique des fosses nasales, avec dégénérescence colloïde par places. — Opération le 20 juin 1887 par M. le Professeur Verneuil.

(Recueillie par M. Artus, interne des hôpitaux, alors externe du service).

Maison de la rue Oudinot. — M^{me} X..., 68 ans. Tumeur des fosses nasales, proéminent du côté gauche.

Bonne santé habituelle.

Antécédents héréditaires, bons.

Il y a quelque temps, son mari meurt d'une tumeur cancéreuse de la face.

Le début de la tumeur remonte à deux ans et demi. La malade aperçut un petit bourgeon à peine apparent, accolé à la cloison du nez du côté gauche. Bientôt, apparition d'un deuxième petit bourgeon, peu distant du premier. Tous deux augmentent peu à peu de

volume, et finissent par se réunir. Depuis six mois, cette petite masse, dont l'évolution était lente, augmente rapidement. Au début, légères épistaxis. Le matin, il s'écoule de la narine malade un liquide peu abondant et d'odeur désagréable. Au début, la malade respirait par les deux narines. Depuis le mois d'avril, la respiration est impossible du côté gauche.

Au mois de juin, la fosse nasale gauche est oblitérée par une tumeur proéminente au dehors par l'orifice nasal antérieur, et paraissant moulée sur la fosse nasale.

La cloison est déviée, repoussée du côté droit. Le côté gauche du nez est déformé, bombé. Le reste de la face est normal.

20 juin 1887. — Opération.

Chloroforme. M. Verneuil incise la peau avec le bistouri, et les parties profondes avec les ciseaux, sur la ligne médiane à gauche de la cloison, depuis l'orifice externe jusqu'à la racine du nez. Les deux bouts d'une petite artériole sectionnée sont pincés et liés. Hémostase absolue. Le lambeau externe soulevé permet de saisir la tumeur avec des pinces, de l'énucléer facilement, et de sectionner son pédicule qui est inséré au niveau des cellules ethmoïdales. Grattage de toute la région du pédicule avec la curette de Volkman. La muqueuse paraît saine. Lavage antiseptique. Léger suintement sanguin, attribué au grattage. Deux éponges, fines et longues, recouvertes de poudre d'iodoforme et laissées à demeure, assurent l'hémostase.

Réunion par huit points de suture au fil d'argent. Pansement à l'iodoforme. L'antisepsie externe et interne est donc assurée.

Dans la journée, la malade éprouve des nausées qui sont dues au chloroforme. Peu d'appétit. État général excellent.

21 juin. — Les téguments, au voisinage des points de suture de la partie moyenne, sont un peu tendus. Aucune douleur. En tirillant les deux lèvres de l'incision, entre les points de suture, on voit que la réunion est assurée. On refait, de la même façon que la veille, les pansements interne et externe.

La malade a recouvré son appétit ordinaire.

22 juin. — M. Verneuil enlève les points de suture. La réunion est parfaite. Pansement iodoformé.

23 juin. — Le nez a repris sa forme normale. La cloison est redevenue rectiligne, les orifices antérieurs des fosses nasales sont égaux. La respiration est facile par les deux narines. La cicatrice est à peine visible.

25 juin. — La malade rentre chez elle.

Examen histologique.

La tumeur, examinée par M. Toupet, ancien interne des hôpitaux, moniteur au laboratoire de M. le professeur Cornil, présente à sa surface un épithélium aplati, formé de plusieurs couches reposant sur une zone conjonctive d'épaisseur irrégulière, à certains endroits. De la profondeur de cette zone conjonctive partent des tractus fibreux, délimitant des sortes de cavités dont la capacité augmente à mesure qu'on avance dans la profondeur. Ces cavités sont tapissées par un épithélium cylindrique facile à colorer, surtout dans les petites cavités. Dans certaines de ces cavités, on trouve des masses jaunes, hyalines, de matière colloïde. Ailleurs, surtout vers la profondeur, il y a des bourgeons végétants, arborescents, tapissés sur toutes leurs portions libres par le même épithélium cylindrique qui revêt la paroi des cavités. Ces différentes constatations permettent de conclure qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique avec transformation colloïde dans certaines portions. Les mêmes proliférations épithéliales se retrouvent au niveau du pédicule de la tumeur.

OBSERVATION VII.

Epithélioma des fosses nasales.

Le nommé Louis Singer entre à l'Hôtel-Dieu le 4 décembre 1890.

Rien du côté des antécédents héréditaires. Le malade raconte qu'il y a quatre mois son affection actuelle a débuté par un rhume.

Cependant, il ressort de ses explications que deux mois auparavant, il souffrait de douleurs de tête et d'enchiffrement.

Il y a quatre mois, il se présenta à la consultation de M Gougenheim qui lui a arraché une partie de ses polypes nasaux : à la suite de cet arrachement, deux phénomènes cliniques ont dominé l'évolution de la maladie :

1^o Des hémorrhagies spontanées ou provoquées par le plus petit attouchement : épistaxis rebelles que les injections étaient quelquefois impuissantes à arrêter.

2^o L'obstruction complète de la fosse nasale du côté gauche.

Il y a quinze jours, au-dessus du sac lacrymal, entre ce dernier et le sourcil, au niveau de la racine du nez, a paru une petite tuméfaction qui fut prise pour un abcès par un médecin de la ville et ponctionnée comme telle.

Il en est sorti une gouttelette de substance demi-liquide comparée par le malade à une perle.

Depuis, l'orifice est resté fistuleux.

Examen. — On constate nettement l'obstruction de la fosse nasale gauche, il s'en écoule continuellement un liquide muco-purulent strié de sang.

Lorsqu'on examine la narine à l'aide du spéculum-nasi, et même sans spéculum, on constate la présence d'une tumeur rouge, granuleuse, arrondie, limitée en bas, mais se perdant en haut du côté de la voûte. Au toucher, pratiqué avec un stylet, elle est d'une consistance assez ferme : elle saigne au moindre contact, et est mobile d'avant en arrière.

En explorant à l'aide du doigt et avec le miroir rhinoscopique la cavité pharyngienne, on trouve qu'elle est absolument libre : le voile du palais, mobile, n'offre aucun signe de compression.

Au niveau de la partie interne de l'orbite, il existe une tuméfaction générale avec un léger exorbitis latéral externe. Cette tumeur reconnaît pour point de départ la région du sinus frontal : la saillie ouverte par le médecin n'est en somme qu'une perforation de la paroi antérieure du sinus frontal, et l'apparition du néoplasme sur la peau : sur certains points, il existe en effet une sensation

parcheminée particulière qui indique l'amincissement et la perforation osseuses.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés du côté gauche, mais à peine sensibles. Ils roulent facilement sous la peau et dans les parties profondes. Il est possible qu'il ne s'agisse là que d'un engorgement momentané ayant pour point de départ la lésion traumatique créée par le médecin.

Les caractères de la tumeur, son mode d'apparition, la rapidité de son évolution, son extension dans le sinus frontal permettent de poser le diagnostic d'épithélioma des fosses nasales.

Le 16 janvier, M. Verneuil pratique l'opération : Chloroforme. Incision horizontale au niveau de l'arcade sourcilière pour examiner le prolongement de la tumeur dans le sinus frontal. Au niveau de la racine du nez, l'incision se recourbe et devient verticale ; le nez est divisé sur la ligne médiane, à gauche et très près de la cloison. On détache aussi l'os propre du nez du côté correspondant : la tumeur est enlevée en une séance par arrachement : on enlève avec la curette les divers prolongements de la tumeur, qui, une fois extraite, laisse après elle une grande cavité dans laquelle on pourrait introduire plusieurs doigts. Pansement à l'iodoforme : on laisse la plaie ouverte pour surveiller les pansements et multiplier les lavages antiseptiques.

19 décembre. — On renouvelle le pansement.

22 décembre. — Le malade est légèrement abattu et a de la fièvre ; on défait le pansement, la plaie ne présente rien de particulier. On lave soigneusement, et on panse à l'iodoforme.

23 décembre. — Décès du malade à six heures du matin.

24 décembre. — Autopsie. — A l'ouverture du crâne, on remarque, de chaque côté de l'apophyse crista-galli, deux prolongements de la tumeur qui ont perforé la lame criblée de l'ethmoïde et déterminé un abcès du cerveau qui a causé la mort par infection.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Dict. encycl. des sciences méd. de Jacoud, art. nez.*
Dict. de méd. et de chir. pratiques, art. nez.
Mémoires de Verneuil.
Bull. de la Soc. de Chir., 1860-1861 et suivants.
Bull. de la Soc. Anatomique, 1860 et suivants.
Follin et Duplay. — Path. externe, t. III.
Archives de Laryngologie et de Rhinologie, 1887, 1888, 1889.
Province médicale, 1888, page 191.
Kirmisson. — Thèse de doct., Paris, 1879.
Baudrimont. — Thèse de doct., Paris, 1869.
Ornellas. — Thèse de doct., Paris, 1854.
Desprez. — Thèse de doct., Paris, 1837.
Annales des malad. de l'oreille et du larynx, nov. 1884.
Thèse de Robin-Massé. — Paris, 1864.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
LE FORT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

